



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine
de l'Université Lille 2 entre MED-3 et MED-6 :
Etude de l'accès aux soins et de l'impact des
études médicales sur la manière de se soigner**

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2016 à 14h00
au Pôle Formation
Par Adarsh NATHOO

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Dominique LACROIX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Madame le Docteur Brigitte LEROY-MARTIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CSP	Catégorie Socio-Professionnelle
DM	Données Manquantes
ECN	Examen Classant National
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LMDE	La Mutuelle Des Etudiants
MED-3	Troisième année d'études médicales
MED-6	Sixième année d'études médicales
MSNG	Médecin Spécialiste Non Généraliste
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OVE	Observatoire national de la Vie Etudiante
SIUMPPS	Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

TABLE DES MATIERES

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et méthodes.....	3
Résultats	5
I. Description de l'échantillon	5
II. Perception de l'état de santé	8
III. L'accès aux soins	9
A. Déclaration du médecin traitant	9
B. Distance du médecin traitant par rapport au domicile.....	9
C. Fréquence des visites du médecin traitant	10
1. Corrélation entre les fréquences de visite du médecin traitant et le fait d'avoir une maladie chronique	11
2. Corrélation entre la fréquence de visite du médecin traitant et le fait d'être en mauvaise santé mentale	11
D. Consultation des médecins spécialistes non-généralistes (MSNG).....	12
1. Le suivi gynécologique	12
2. Les autres médecins spécialistes non-généralistes (MED-6).....	13
IV. Renoncement aux soins.....	14
A. Facilité d'accès aux soins	14
B. L'évolution sur trois ans des renoncements.....	14
C. Causes du renoncement aux soins.....	16
V. L'impact des études de médecine sur la manière de se soigner.....	17
A. Proximité des soins en tant qu'étudiant en médecine.....	17
B. Modification de la manière de se soigner en tant qu'étudiant en médecine..	18
1. Automédication.....	18
2. Prescriptions au cours des stages hospitaliers.....	19
3. Augmentation des consultations du médecin traitant	19
4. Autoprescription	20
VI. Le SIUMPPS et la visite médicale annuelle obligatoire	21
Discussion	22
A. Résultats principaux de l'étude.....	22
B. Validité externe de l'étude.....	22
C. Validité interne de l'étude.....	25
D. Extrapolation.....	26
Conclusion.....	28
Références bibliographiques	29
Annexes	30
I. Annexe 1 : Questionnaire.....	30
II. Annexe 2 : Diaporama présenté aux étudiants en amphithéâtre.....	39
III. Annexe 3 : Commentaires libres (MED-6).....	42

RESUME

Contexte : L'état de santé et le rapport aux soins des étudiants en médecine évolue avec les années d'études et les stages hospitaliers. En 2012-2013, Leroy et Herlin ont analysé le comportement des étudiants en MED-3 de l'Université Lille 2. Cette nouvelle étude consistait à interroger la même cohorte devenue MED-6 et à connaître l'évolution de leur rapport aux soins.

Méthode : L'étude concernait les 421 étudiants en MED-6 de Lille 2 (Faculté H. Warembourg), interrogés entre novembre 2015 et avril 2016 par un questionnaire anonyme, auto-administré en ligne sur Google Forms®.

Résultats : 74% (312) étudiants ont participé à l'étude. Les étudiants déclarant être en bonne santé physique, mentale et sociale ont diminué de 84% (286) en MED-3 à 69% (213) en MED-6 ($p = 3,7 \times 10^{-6}$). L'impression de mauvaise santé mentale a augmenté de 8% (27) à 22% (67) ($p = 4,5 \times 10^{-7}$). Celle de mauvaise santé sociale a progressé de 3,8% (13) à 9,0% (28) ($p = 0,0068$). 91% (284) des MED-6 contre 73% (246) des MED-3 consultaient rarement (0 à 2 fois/an) leur médecin traitant ($p = 4,4 \times 10^{-9}$). Pour les spécialistes non généralistes, les consultations de gynécologie étaient en hausse de 52% (99) des étudiantes à 68% (109) ($p = 0,0044$). 54% (168) des MED-6 déclaraient avoir renoncé à des soins au cours des trois dernières années contre 37% (126) en MED-3 ($p = 0,002$). L'augmentation des renoncements était significative dans les soins dentaires ($p = 0,027$), l'ostéopathie ($p = 0,011$), les soins optiques ($p = 0,007$) et la sophrologie ($p = 0,016$). Le manque de temps était la première cause de renoncement (de 68% (85) en MED-3 à 80% (131) en MED-6 ; $p = 0,043$). Le manque de disponibilité des professionnels de santé de proximité était moins un problème [25% (32) en MED-3 contre 12% (20) en MED-6 ; $p = 0,0027$]. Les études médicales influençaient davantage la manière de se soigner en MED-6 (78% - 242) qu'en MED-3 (53% - 180) ($p = 1,7 \times 10^{-11}$). L'automédication augmentait de 31% (106) en MED-3 à 65% (204) en MED-6 ($p = 1,8 \times 10^{-21}$). Les prescriptions sans examen faites par leurs collègues ou seniors au cours des stages hospitaliers passaient de 0,6% (2) à 27% (84) ($p = 8,2 \times 10^{-33}$). Il existait une forte pratique d'autoprescription chez les étudiants en MED-6 (20% - 63).

Conclusion : La détérioration de l'état de santé en fin de deuxième cycle et le manque de temps ressenti par les étudiants appellent à une remise en question. Les rôles de la faculté et de la médecine du travail demandent à être mieux définis et étoffés.

INTRODUCTION

L'état de santé des étudiants est analysé par les mutuelles d'étudiants depuis 1994 (1–3). De nombreuses institutions nationales s'intéressent à leurs conditions de vie (1,4). L'enquête nationale de l'Observatoire de la vie étudiante (OVE) fait part d'une grande disparité de situation en matière de santé selon les filières d'études (1).

Quelques travaux concernant la santé des étudiants en médecine en France commencent à être menés. La dernière publication remonte à juin 2016 avec le conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) qui note une certaine souffrance des étudiants, notamment ceux du second cycle (5). Sur le plan régional, Leroy et Herlin ont analysé le comportement des étudiants en troisième année de médecine (MED-3) de l'Université Lille 2 (faculté H. Warembourg) en 2012-2013. (6)

Cette nouvelle étude fait suite à cette dernière. Séparée en deux parties, elle consistait à reprendre la même cohorte lilloise trois années plus tard, quelques mois avant l'examen classant national (ECN). L'hypothèse était qu'avec le stress du concours et avec le temps passé en stage hospitalier, les étudiants en sixième année de médecine (MED-6) se prendraient moins bien en charge.

L'objectif de l'étude était d'analyser l'évolution en trois ans de l'accès aux soins, du renoncement aux soins et de l'impact des études médicales sur la manière de se soigner de MED-3 à MED-6 chez les étudiants de l'Université Lille 2.

La deuxième partie de l'enquête concernant la qualité de vie et les comportements à risque fait l'objet de la thèse d'exercice de Honoré M, préparée parallèlement à ce travail.

La même cohorte sera contactée par la suite durant la troisième année d'internat.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle de cohorte par questionnaire destinée aux étudiants en sixième année de médecine (MED-6), promotion 2015-2016, à la Faculté de médecine de l'Université Lille 2 Henri Warembourg. C'est la même population qui avait été interrogée en 2012-2013 par Leroy et Herlin (6).

Le questionnaire a été recréé avec Google Forms[®]. Il est anonyme, auto-administré et comprend vingt-six questions fermées à choix unique, neuf questions fermées à choix multiples et une question ouverte (Annexe 1). Il a été diffusé avec l'accord de Monsieur le Vice-Doyen le Professeur Dominique Lacroix.

Le questionnaire initial n'a pas subi de modifications majeures afin de pouvoir comparer les résultats des deux travaux. Cinq nouvelles questions ont été ajoutées dont une partie supplémentaire servant à recueillir des adresses mail des étudiants qui accepteront d'être interrogés durant leur internat.

Le projet a été présenté à plusieurs reprises aux étudiants de MED-6 entre novembre 2015 et avril 2016. Avec l'accord du Professeur Patrick Truffert, responsable des enseignements de la promotion, la première intervention orale a eu lieu en amphithéâtre le vendredi 13 novembre 2015, une présentation de sept diapositives à l'appui (Annexe 2). Le lien web <http://bit.ly/med6lille2> menant au questionnaire en ligne a été créé ce jour-là. Le lien était également affiché sur l'écran à l'entrée de la faculté H. Warembourg. Une deuxième intervention orale a eu lieu le 26 février 2016 avec l'appui du Professeur Jean-Marc Lefebvre, chef de projet et directeur de thèse.

La demande de participation a également été diffusée par la *mailing list* des étudiants avec l'aide des secrétaires de la scolarité le 24 novembre 2015 avec une relance le 5 janvier 2016.

Un recrutement de participants a aussi eu lieu par le groupe Facebook[®] de la promotion le 13 novembre 2015, puis le 25 février 2016 grâce à Mr Delehayé, représentant des étudiants. Une dernière relance Facebook[®] a eu lieu le 14 avril 2016.

Le recueil de données a été clôturé le 29 avril 2016.

Les réponses ont été exportées dans un tableur Excel[®] et ont été fusionnées avec les réponses des étudiants de la première étude de Leroy et Herlin (6). Un

encodage manuel des variables a été effectué afin de rendre possible une comparaison des deux cohortes.

En raison d'une erreur informatique, deux questions (le lieu d'habitation et la situation familiale) n'ont pas été posées aux étudiants. Ces éléments n'ont pas pu être considérés dans l'analyse statistique.

La classification de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) a été utilisée pour les catégories socio-professionnels (CSP). Celle des « retraités » a été volontairement omise. La catégorie « cadre » a été considérée comme la catégorie dominante en revenu selon le tableau de revenu établi par l'INSEE.

Pendant l'analyse statistique, la fréquence des visites du médecin traitant a été regroupée en deux entités « Rarement » et « Fréquemment » comme dans l'étude précédente.

L'analyse univariée a été effectuée par la Plateforme d'Aide Méthodologique avec l'appui de Mr Alexandre Georges, Interne de Santé Publique. Les corrélations ont été recherchées sur Excel® par la fonction « Tableau Croisé Dynamique ». En analyse bivariée, le test statistique du Chi-deux a été employé (ou le test Exact de Fisher lorsque les échantillons étaient petits ($n < 5$)). Le seuil de significativité a été fixé pour $p < 0,05$. Les analyses statistiques ont été réalisées en ligne sur le site BiostaTGV (basé sur le logiciel R).

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

Le taux de réponse était de 74,1 % (312) pour les 421 étudiants de MED-6. Le taux de participation était de 76,8 % (341) en MED-3 ($p = 0,36$). L'échantillon de MED-6 comprenait 51,6 % (161) de femmes et 48,4 % (151) d'hommes pour les 51,1 % (215) de femmes et 48,9 % (206) d'hommes inscrits en 2015-2016 ($p = 0,89$).

Le taux de participation féminine était plus élevé en MED-3 (Figure 1) mais les deux échantillons sont comparables ($p = 0,29$).

Figure 1 : MED-3 (2012-2013) versus MED-6 (2015-2016)

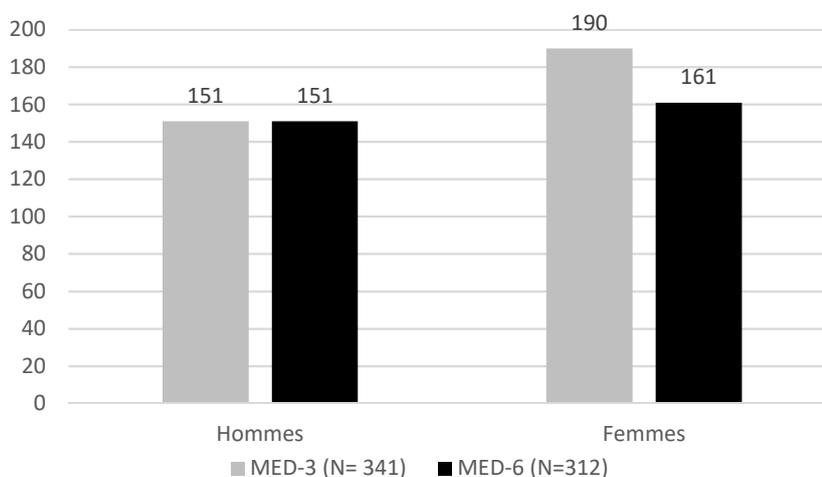


Tableau 1 : Comparabilité des deux échantillons

	Hommes, % (n)	Femmes, % (n)	p-value
MED-3 (N=341)	44,3 (151)	55,7 (190)	0,29
MED-6 (N=312)	48,4 (151)	51,6 (161)	

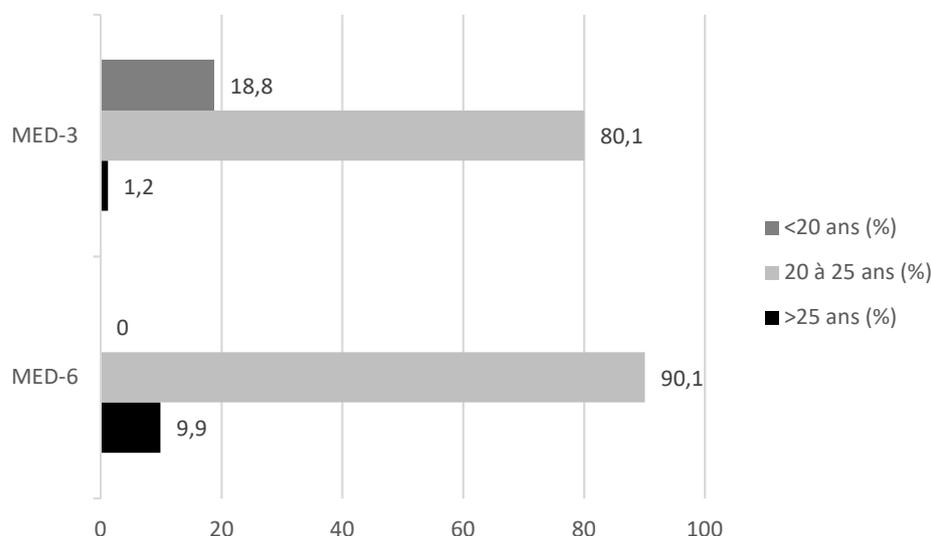
Données manquantes (DM) = 0

69,9 % (218) des étudiants en MED-6 déclaraient avoir participé au même questionnaire quand ils étaient en MED-3.

54,5 % (170) des étudiants en MED-6 ont indiqué des adresses mail valides pour assurer le suivi de cohorte.

La Figure 2 représente l'évolution des groupes d'âge sur trois ans.

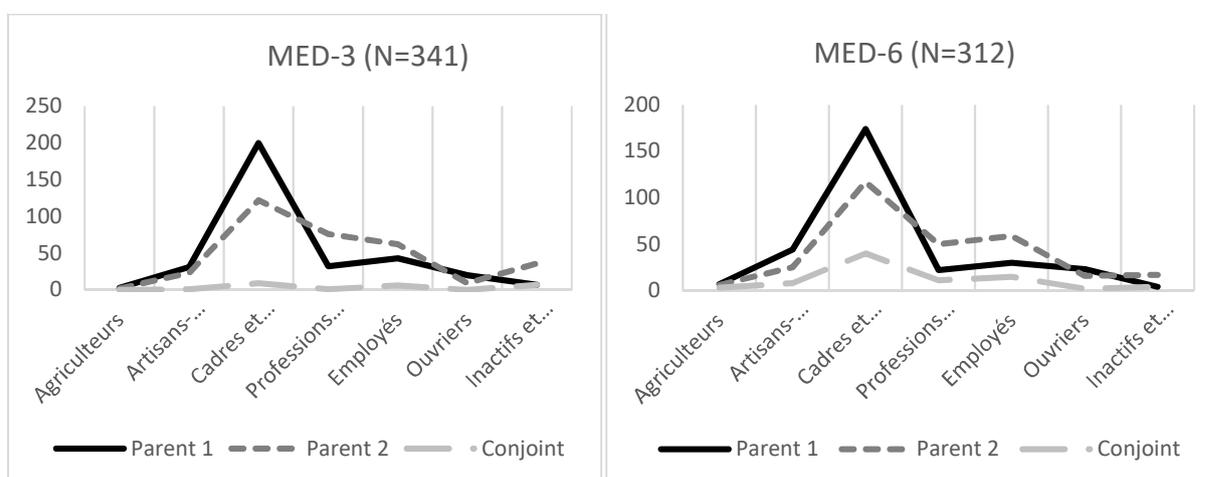
Figure 2 : Répartition des groupes d'âge sur les deux cohortes



En ce qui concerne les professions des parents et du conjoint, la distribution était sensiblement similaire entre les deux échantillons mis à part celui du conjoint (Figure 3). En effet, le nombre d'étudiants déclarant un conjoint qui travaille (ou appartenant à la catégorie des inactifs et chômeurs n'ayant jamais travaillé) passait de 7,0 % (24) en MED-3 à 26,6 % (83) en MED-6.

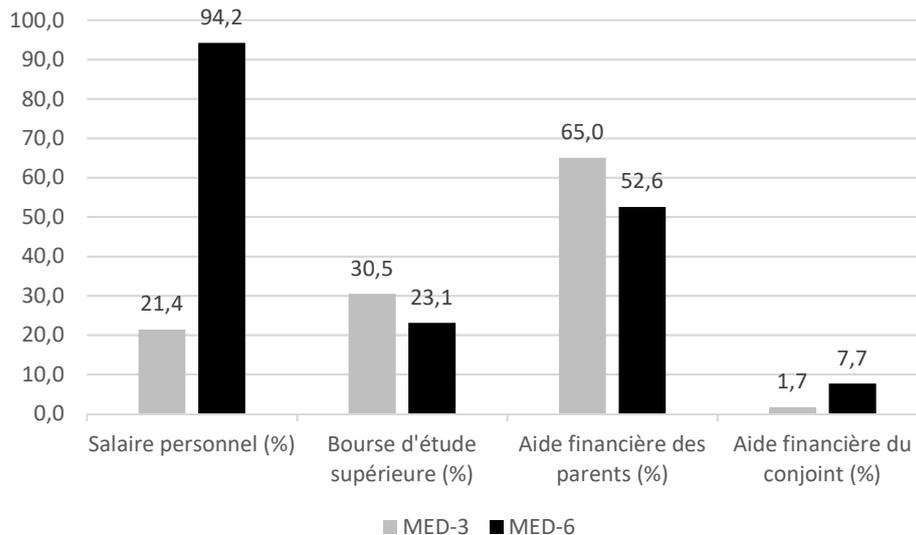
La proportion d'étudiants ayant au moins un parent cadre était de 64,8 % (221) en MED-3 et de 61,9 % (193) en MED-6 ($p = 0,38$).

Figure 3: Distribution des professions des parents et du conjoint



Les sources de revenus des étudiants évoluaient également sur trois ans avec l'apport du salaire hospitalier dès la MED-4 (Figure 4). L'aide financière des parents était à 52,6 % (164) en MED-6 contre 65,0 % (158) en MED-3 ($p = 0,003$). Moins d'étudiants bénéficiaient d'une bourse d'étude supérieure en MED-6 (23,1 %) qu'en MED-3 (30,5 %) ($p = 0,0502$).

Figure 4 : Sources de revenus des étudiants



9,3 % (28) des étudiants en MED-6 qualifiaient leur situation économique de difficile (dont un homme se disant avoir des dettes). Parmi eux, il s'agissait de 13,9 % (22) des hommes et 5,0 % (8) des femmes ($p = 0,007$).

16,7 % (52) des étudiants en MED-6 disaient être « à l'aise » économiquement. De la même façon, il s'agissait de 20,0 % (30) des hommes et 13,6 % (22) des femmes ($p = 0,14$).

Il n'y avait pas de lien significatif entre la situation économique déclarée et le groupe d'âge.

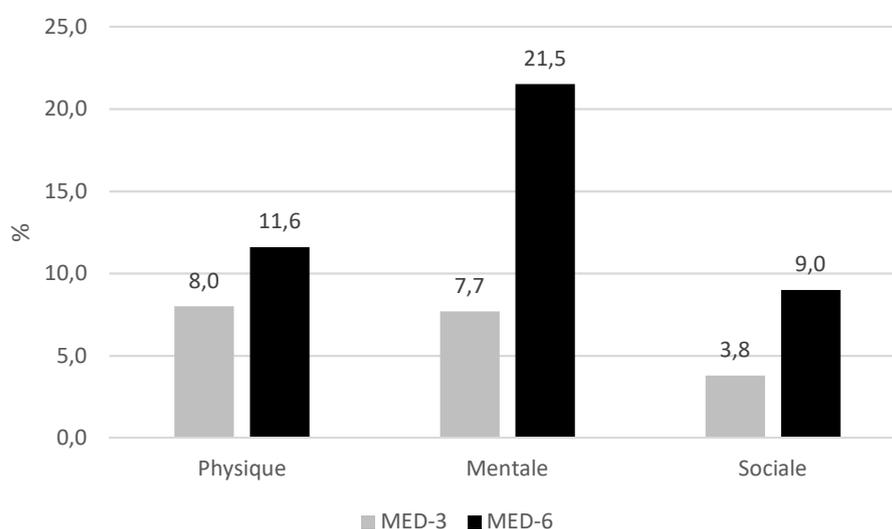
II. Perception de l'état de santé

En MED-6, ils étaient 68,5 % (213) à alléguer être en bonne santé globale comme définie par l'OMS (physique et mentale et sociale). Ils étaient 83,9 % (286) en MED-3 ($p = 3,67 \times 10^{-6}$).

A l'inverse, ils étaient 2,3 % (7) en MED-6 à déclarer être en mauvaise santé globale (physique et mentale et sociale). Ils étaient 0,6 % (2) en MED-3 ($p = 0,09$).

La proportion d'étudiants se déclarant en mauvaise santé (physique ou mentale ou sociale) a augmenté (Figure 5).

Figure 5 : Pourcentages des étudiants déclarant être en mauvaise santé physique, mentale et sociale respectivement



Le pourcentage d'étudiants alléguant être en mauvaise santé physique passait de 8,0 % (27) en MED-3 à 11,6 % (36) en MED-6 ($p = 0,12$). Parmi ces étudiants, la tendance homme-femme s'inversait avec 44 % (16) de femmes en MED-6 en mauvaise santé physique contre 56 % (15) de femmes en MED-3.

Le pourcentage d'étudiants alléguant être en mauvaise santé mentale passait de 7,7 % (26) en MED-3 à 21,5 % (67) en MED-6. Cette augmentation était significative. ($p = 4,51 \times 10^{-7}$). Le ratio homme-femme restait inchangé (66 % de femmes en MED-6 contre 65 % en MED-3).

Le pourcentage d'étudiants alléguant être en mauvaise santé sociale passait de 3,8 % (13) en MED-3 à 9,0 % (28) en MED-6. Cette augmentation était significative ($p = 0,0068$). Le ratio homme-femme restait inchangé (43 % de femmes en MED-6 contre 46 % en MED-3).

III. L'accès aux soins

A. Déclaration du médecin traitant

93,3 % (291) des étudiants en MED-6 ont déclaré en médecin traitant contre 94,9 % (319) des étudiants en MED-3 (Tableau 2).

Tableau 2 : Avez-vous déclaré un médecin traitant auprès de votre organisme de sécurité sociale ?

	OUI, % (n)	NON, % (n)	p-value
MED-3 (N=336)*	94,9 (319)	5,1 (17)	0,36
MED-6 (N=312)	93,3 (291)	6,7 (21)	

*DM=5

Parmi les femmes, le pourcentage ne déclarant pas de médecin traitant était de 3,7 % (6) en MED-6 contre 3,2 % (8) en MED-3 ($p = 0,79$). Chez les hommes, ils étaient 9,9 % (15) en MED-6 ne déclarant pas de médecin traitant contre 6,0 % (9) en MED-3 ($p = 0,21$).

B. Distance du médecin traitant par rapport au domicile

Cette nouvelle question posée cette année mettait en évidence que plus d'un quart (27,0 % - 84) des étudiants en MED-6 avaient leur médecin traitant à plus de vingt kilomètres du domicile (Tableau 3).

Tableau 3 : Distance du médecin traitant par rapport au domicile

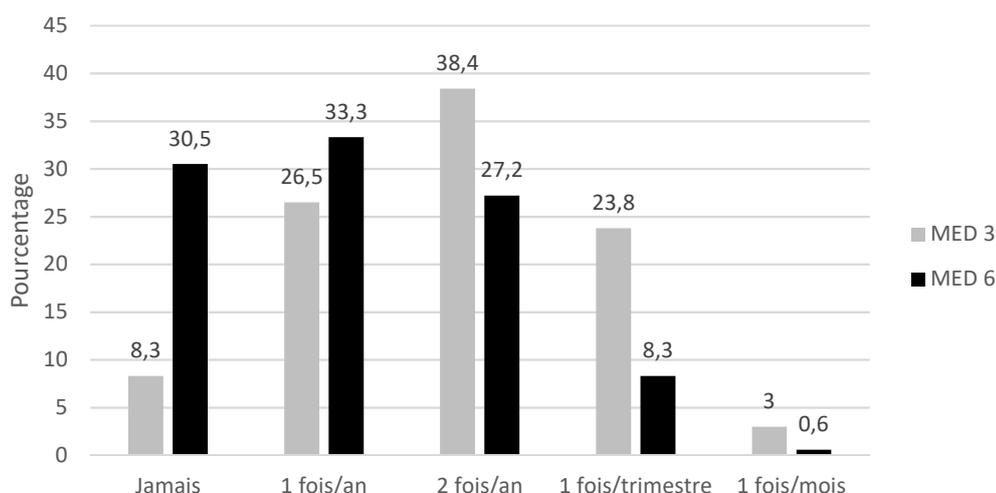
Distance du cabinet	%	(N=311)* n
< 10 km	62,4	194
Entre 10 et 20 km	10,6	33
> 20 km	27,0	84

*DM=1

C. Fréquence des visites du médecin traitant

La fréquence de consultation du médecin traitant en MED-6 diminuait par rapport à la MED-3. Ils étaient plus nombreux en MED-6 à déclarer ne jamais consulter leur médecin traitant (30,5 % (95) en MED-6 contre 8,3 % (28) en MED-3 ; $p = 7,34 \times 10^{-13}$) (Figure 6).

Figure 6 : Fréquence de visite du médecin traitant



Pour rendre possible l'analyse avec un test de Chi-deux, les variables ont été regroupés en deux entités « Rarement » et « Fréquemment ». Le Tableau 4 montre que les étudiants en MED-6 étaient 91,0 % (284) à consulter rarement leur médecin traitant contre 73,2 % (246) en MED-3 ($p = 4,35 \times 10^{-9}$).

Tableau 4 : Fréquence de visite du médecin traitant

	Rarement (Jamais + 1 fois/an + 2 fois/an), n (%)	Fréquemment (1 fois/trimestre + 1 fois/mois), n (%)	p-value
MED-3 (N=336)*	73,2 (246)	26,8 (90)	4,35 x 10 ⁻⁹
MED-6 (N=312)	91,0 (284)	9,0 (28)	

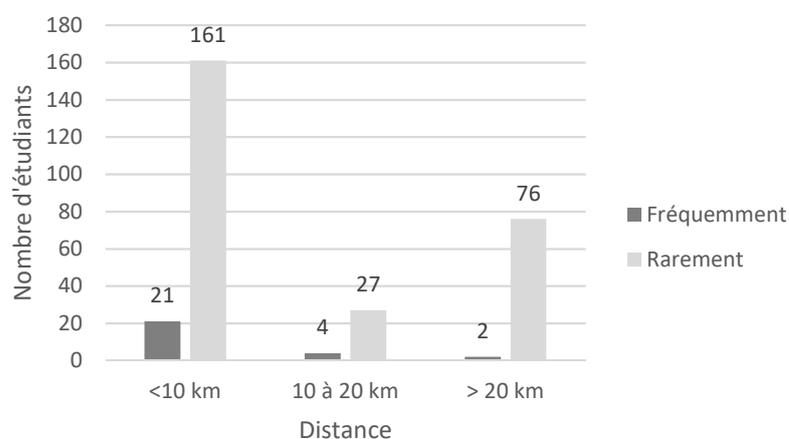
*DM=5

La différence était significative que ce soit chez les femmes que chez les hommes. En MED-6, 88,8 % (143) des femmes consultaient rarement leur médecin traitant ; en MED-3, elles étaient 66,5 % (125) ($p = 8,39 \times 10^{-7}$). De la même manière,

93,4 % (141) des hommes en MED-6 consultaient rarement leur médecin traitant alors qu'ils étaient 81,8 % (121) en MED-3 ($p = 0,0023$).

La différence entre hommes et femmes dans les fréquences de consultation n'était pas significative ($p = 0,92$). La distance entre le domicile de l'étudiant et le cabinet du médecin traitant semblait également influencer la fréquence des visites (Figure 7).

Figure 7 : Fréquence de visite chez le médecin traitant par rapport à la distance de son cabinet (chez les étudiants en MED-6 ayant déclaré un médecin traitant)



1. Corrélation entre les fréquences de visite du médecin traitant et le fait d'avoir une maladie chronique

Parmi les 7,1 % (22) d'étudiants en MED-6 ayant une maladie chronique imposant des consultations fréquentes, 9,1 % (2) consultaient fréquemment leur médecin traitant. En MED-3, ils étaient 5,0 % (17) ayant une maladie chronique dont 64,7 % (11) à consulter fréquemment leur médecin traitant ($p = 0,0004$).

2. Corrélation entre la fréquence de visite du médecin traitant et le fait d'être en mauvaise santé mentale

Parmi les 67 étudiants en MED-6 alléguant être en mauvaise santé mentale en MED-6, ils étaient 13,4 % (9) à consulter fréquemment leur médecin traitant. En MED-3, ils étaient 34,6 % (9) à consulter fréquemment sur les 26 étudiants en mauvaise santé mentale ($p = 0,02$).

D. Consultation des médecins spécialistes non-généralistes (MSNG)

Ils étaient 84,9 % (265) en MED-6 à avoir consulté un MSNG au cours des trois dernières années. Ils étaient 82,0 % (277) en MED-3 à avoir consulté un MSNG depuis le début de leurs études ($p = 0,31$). L'augmentation des consultations n'était pas significative en ce qui concerne l'ophtalmologiste, le gastroentérologue ou le cardiologue (Tableau 5). Plus de femmes ont eu recours aux MSNG que les hommes en MED-6 comme en MED-3 (49 % (153) des femmes en MED-6 et 52 % (176) en MED-3 ; $p = 0,17$).

Tableau 5 : Consultation des spécialistes non-généralistes au cours des trois dernières années

	MED-3 (N=338)*, n (%)	MED-6 (N=312), n (%)
Ophthalmologiste	61,5 (208)	65,4 (204)
Gastroentérologue	4,4 (15)	7,7 (24)
Cardiologue	5,6 (19)	6,4 (20)
Autres	33,7 (114)	35,6 (111)
Aucun	18,0 (61)	15,1 (47)

*DM=3

1. Le suivi gynécologique

Chez les femmes, le suivi gynécologique régulier (examen + frottis cervico-utérin) au cours des trois dernières années était de 67,7 % (109) en MED-6 contre 52,1 % (99) en MED-3. Cette différence était significative (Tableau 6).

Tableau 6 : Suivi gynécologique régulier chez les femmes au cours des trois dernières années

	MED-3 (N=190) n (%)	MED-6 (N=161) n (%)	p-value
Suivi régulier	52,1 (99)	67,7 (109)	0,0044
Pas de suivi gynécologique	45,3 (86)	31,1 (50)	
DM	2,6 (5)	1,2 (2)	

2. Les autres médecins spécialistes non-généralistes (MED-6)

Les étudiants en MED-6 ont mentionné d'autres professionnels dans le champ libre laissé pour cette question. Le dermatologue, l'ORL et l'orthopédiste étaient parmi les plus consultés après l'ophtalmologiste. Le Tableau 7 les recense par ordre de fréquence.

Tableau 7 : Fréquence de consultation des autres médecins spécialistes non-généralistes (MED-6)

Spécialité	Pourcentage (%)	Effectif (N=111)
Dermatologue	17,0	53
ORL	6,1	19
Orthopédiste	3,5	11
Dentiste / Stomatologue	2,6	8
Pneumologue / Allergologue	2,2	7
Urologue / Andrologue	1,6	5
Radiologue / Radio interventionniste	1,3	4
Psychiatre	1,3	4
Chirurgien viscéral	1,0	3
Rhumatologue	1,0	3
Angiologue / Phlébologue	0,6	2
Endocrinologue	0,3	1
Anesthésiste	0,3	1
Médecin nucléaire	0,3	1
Nutritionniste	0,3	1
Médecin du sport	0,3	1
Chirurgien maxillo-facial	0,3	1
Neurologue	0,3	1
Neurochirurgien	0,3	1
Médecin physique et réadaptation	0,3	1

IV. Renoncement aux soins

A. Facilité d'accès aux soins

89,1 % (277) des étudiants en MED-6 trouvaient que l'accès aux soins était plus facile. Ce pourcentage était de 86,5 % (295) quand ils étaient en MED-3. Cette augmentation n'était pas significative ($p = 0,32$).

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les MED-6 et MED-3 en ce qui concerne la facilité d'accès aux soins et le sexe, la déclaration du médecin traitant, le fait d'avoir une maladie chronique ou le fait d'avoir au moins un des parents cadre. En MED-6, aucun lien significatif n'existait entre la facilité d'accès aux soins et la distance du médecin traitant par rapport au domicile.

B. L'évolution sur trois ans des renoncements

Les MED-6 ont plus renoncé aux soins au cours des trois dernières années (53,8 % - 168) que quand ils étaient en MED-3 (37,0 % - 126). Cette différence était significative (Tableau 8). Les femmes renonçaient plus aux soins que les hommes en MED-6 comme en MED-3 [32,4 % (101) des femmes en MED-6 contre 25,5 % (87) en MED-3 ; $p = 0,11$].

Tableau 8 : Renoncement aux soins au cours des trois dernières années

	N'ont renoncé à aucun soin, n (%)	Ont renoncé à des soins, n (%)	p-value
MED-3 (N=321) *	57,2 (195)	37,0 (126)	0,0002
MED-6 (N=312)	46,2 (144)	53,8 (168)	

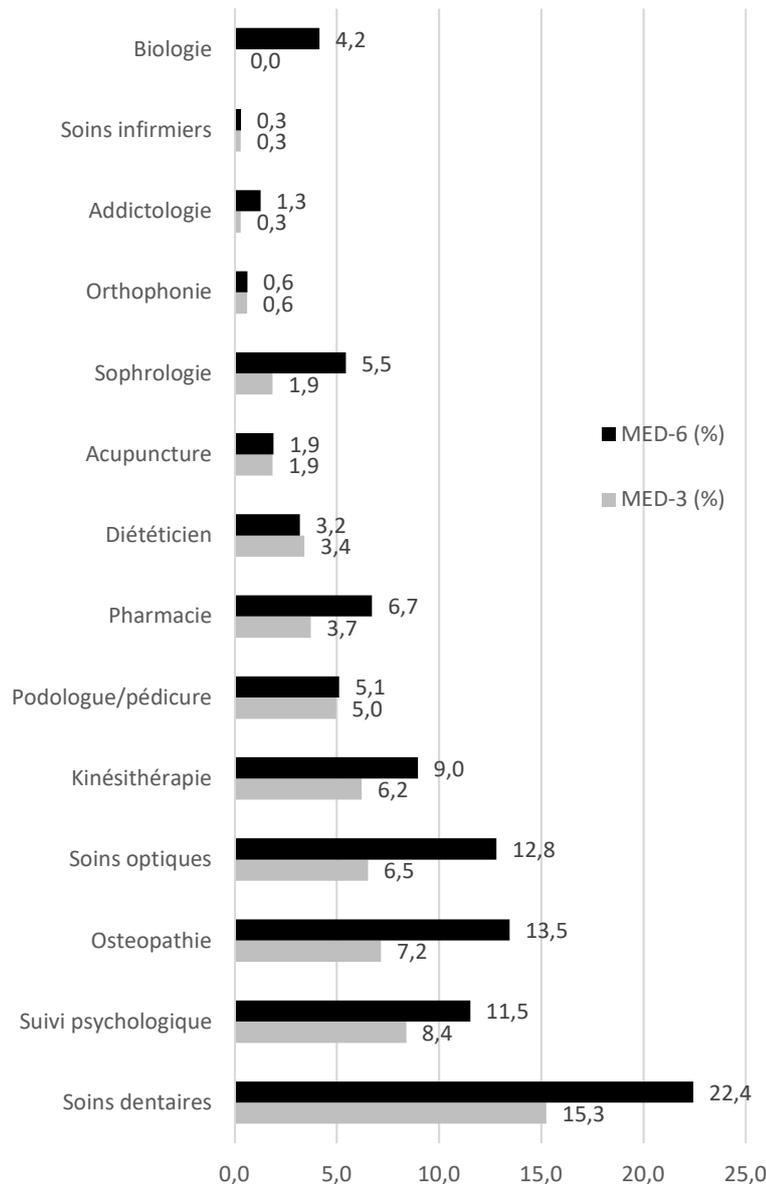
*DM=20

Parmi ceux qui renonçaient à des soins en MED-6, ils étaient 15,5 % (26) à trouver l'accès aux soins difficile. Ils étaient 27,0 % (34) en MED-3 ($p = 0,017$).

Chez les étudiants dont au moins un des parents était cadre, le renoncement à des soins était à 52,8 % (102) en MED-6 contre 32,6 % (72) en MED-3 ($p = 0,00027$).

Il existait une augmentation globale du renoncement aux soins sur les trois années qui séparent cette cohorte. L'augmentation du renoncement était significative dans les soins dentaires ($p = 0,027$), l'ostéopathie ($p = 0,011$), les soins optiques ($p = 0,0074$), la sophrologie ($p = 0,016$) et les bilans biologiques ($p = 8,90 \times 10^{-5}$) (Figure 8).

Figure 8 : Soins auxquels les étudiants ont renoncé au cours des 3 dernières années



En analyse en sous-groupes, il n'existe pas de lien significatif entre mauvaise santé mentale et renoncement aux soins psychologiques dans cette population.

C. Causes du renoncement aux soins

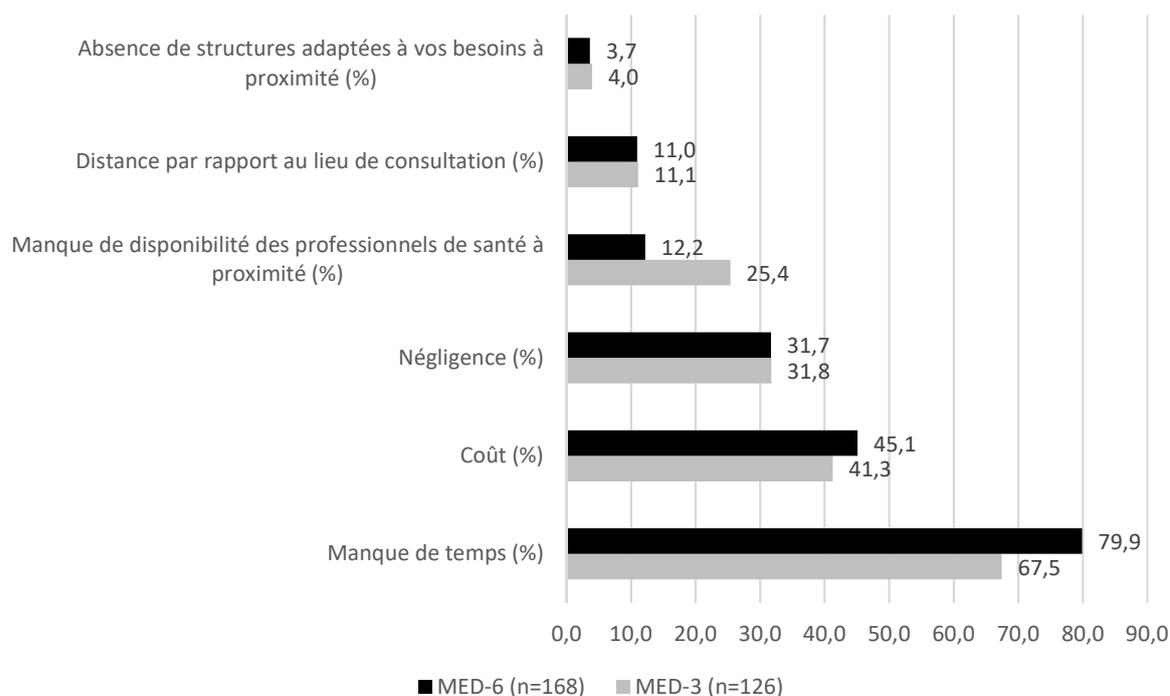
La Figure 9 détaille les causes du renoncement aux soins lors des trois dernières années entre MED-3 et MED-6. L'augmentation était significative chez les étudiants déclarant renoncer à des soins par manque de temps [79,9 % (131) en MED-6 contre 67,5 % (85) en MED-3 ; $p = 0,043$].

Le coût des soins n'était pas un facteur discriminant entre les deux échantillons mais le manque de temps lui l'était ; chez les étudiants dont au moins un des parents était cadre, ils étaient 81 % (83) à renoncer aux soins par manque de temps en MED-6 contre 69 % (50) en MED-3 ($p = 0,017$).

Une diminution significative était retrouvée parmi les étudiants qui renonçaient à des soins par manque de disponibilité des professionnels de santé à proximité (12,2 % (20) en MED-6 contre 25,4 % (32) en MED-3 ; $p = 0,0027$).

En MED-6, ils étaient 11,7 % (36) à renoncer à consulter un médecin pour effectuer d'autres dépenses leur semblant plus utiles. Ils étaient 10,7 % (36) en MED-3 ($p = 0,70$).

Figure 9 : Causes du renoncement aux soins (uniquement chez les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins)



V. L'impact des études de médecine sur la manière de se soigner

A. Proximité des soins en tant qu'étudiant en médecine

60,2 % (186) des étudiants en MED-6 pensaient bénéficier d'une plus grande proximité avec le système de santé en tant qu'étudiant en médecine alors qu'en MED-3 ils étaient 54,6 % (186) à avoir ce sentiment. Cette augmentation n'était pas significative (Tableau 9).

Tableau 9 : Sentez-vous plus proches du système de santé en tant qu'étudiant en médecine ?

	OUI, n (%)	NON, n (%)	p-value
MED-3 (N=341)	54,6 (186)	45,4 (155)	0,146
MED-6 (N=309)*	60,2 (186)	39,8 (123)	

*DM = 3

Parmi les étudiants qui se sentaient proches du système de santé, 48,9 % (91) en MED-6 ont renoncé à des soins contre 29,1 % (51) en MED-3 ($p = 0,00012$).

Aucun lien significatif n'était retrouvé entre la proximité des soins en tant qu'étudiant en médecine et la facilité d'accès aux soins, le sexe, la déclaration d'un médecin traitant, le fait d'avoir une maladie chronique, ou le fait d'avoir au moins un des parents cadre.

B. Modification de la manière de se soigner en tant qu'étudiant en médecine

78,3 % (242) des étudiants en MED-6 trouvaient que les études médicales avaient changé leur façon de se soigner. L'impact des études médicales était moindre en MED-3 avec 53,1 % (180). Cette différence était significative (Tableau 10).

Tableau 10 : Intégrer les études en médecine a-t-il modifié votre manière de vous soigner ?

	OUI, n (%)	NON, n (%)	p-value
MED-3 (N=339)*	53,1 (180)	46,9 (159)	1,72 x 10 ⁻¹¹
MED-6 (N=309)**	78,3 (242)	21,7 (67)	

*DM = 2 **DM=3

1. Automédication

65,4 % (204) des étudiants en MED-6 pratiquaient l'automédication contre 31,1 % (106) en MED-3. Cette augmentation était significative (Tableau 11). Un test exact de Fisher a été réalisé afin de prendre en compte l'importance des données manquantes pour les MED-3. Quasiment autant de femmes (104) que d'homme (100) pratiquaient l'automédication en MED-6.

Tableau 11 : Pratiquez-vous l'automédication ?

	OUI, n (%)	NON, n (%)	DM, n (%)	p-value
MED-3 (N=341)	31,1 (106)	57,2 (195)	11,7 (40)	1,82 x 10 ⁻²¹
MED-6 (N=312)	65,4 (204)	33,7 (105)	1,0 (3)	

Aucun lien significatif n'a été retrouvé entre l'automédication et le renoncement à des soins en MED-6.

2. Prescriptions au cours des stages hospitaliers

26,9 % (84) des étudiants en MED-6 se sont fait faire des prescriptions sans examen au cours de leurs stages contre 0,6 % (2) des étudiants en MED-3 (Tableau 12). Cette augmentation était significative. Un test exact de Fisher a été réalisé afin de prendre en compte l'importance des données manquantes pour les MED-3 et les faibles effectifs. Plus de femmes se faisaient faire des prescriptions en stage en MED-6 [14,7 % (46) contre 12,2 % (38) ; $p = 0,37$].

Tableau 12 : Vous faites-vous faire des prescriptions sans examen par les médecins à l'occasion de vos stages ?

	OUI, n (%)	NON, n (%)	DM, n (%)	p-value
MED-3 (N=341)	0,6 (2)	87,7 (299)	11,7 (40)	8,18 x 10 ⁻³³
MED-6 (N=312)	26,9 (84)	72,1 (225)	1,0 (3)	

Aucun lien significatif n'existait entre le renoncement aux soins et les prescriptions au cours des stages en MED-6.

3. Augmentation des consultations du médecin traitant

En MED-6, les études médicales ont incité 9,6 % (30) des étudiants à consulter plus fréquemment leur médecin traitant. Ils étaient plus nombreux en MED-3 à avoir ce comportement (14,4 % - 49) (Tableau 13). Cette diminution était significative. Un test exact de Fisher a été réalisé afin de prendre en compte l'importance des données manquantes pour les MED-3.

Tableau 13 : Consultez-vous votre médecin plus fréquemment ?

	OUI, n (%)	NON, n (%)	DM, n (%)	p-value
MED-3 (N=341)	14,4 (49)	73,9 (252)	11,7 (40)	1,00 x 10 ⁻⁹
MED-6 (N=312)	9,6 (30)	89,4 (279)	1,0 (3)	

4. Autoprescription

Cette nouvelle question posée démontrait que 20,2 % (63) des étudiants en MED-6 s'autoprescrivaient des médicaments. Cette pratique était plus importante chez les femmes que chez les hommes [11,8 % (37) contre 8,3 % (26) ; $p = 0,22$].

Il existait un lien entre renoncement à des soins et autoprescription. Chez les étudiants ayant renoncé à des soins, ils étaient 25 % (42) à se prescrire des médicaments alors que parmi ceux qui ne renonçaient à aucun soin, ils étaient 14,6 % (21) à déclarer cette pratique ($p = 0,024$).

VI. Le SIUMPPS et la visite médicale annuelle obligatoire

23,6 % (73) des étudiants en MED-6 ne savaient pas qu'ils avaient accès librement au SIUMPPS (Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé) à l'Université Lille 2.

50,5 % (156) des étudiants en MED-6 pensaient qu'il existait un manque d'information concernant la santé des étudiants en médecine et leur accès aux soins. Cette proportion était identique en MED-3 avec 50,0 % (166) des étudiants ($p = 0,9$).

De la MED-3 à la MED-6, la nécessité d'une visite médicale annuelle obligatoire restait utile pour la plupart des étudiants mais indispensable pour peu d'entre eux. La différence entre les échantillons n'était pas significative ($p = 0,053$) (Tableau 12). Aucun lien significatif n'a été retrouvé entre la nécessité d'une visite obligatoire et l'état de santé physique, mentale ou sociale des étudiants.

Tableau 12 : Que pensez-vous d'une visite médicale obligatoire au cours de votre cursus ?

	MED-3 (N=340)*	MED-6 (N=309)**
Sans intérêt, n (%)	27,4 (93)	21,0 (65)
Utile, n (%)	62,9 (214)	64,4 (199)
Indispensable, n (%)	9,7 (33)	14,6 (45)

*DM = 1 **DM=3

DISCUSSION

A. Résultats principaux de l'étude

L'état de santé perçu par les étudiants en médecine s'est dégradé en trois ans. En MED-6, ils étaient 68,5 % (213) à déclarer être en bonne santé globale (physique, mentale et sociale) alors qu'ils étaient 83,9 % (286) en MED-3 ($p = 3,67 \times 10^{-6}$). 91,0 % (284) des étudiants en MED-6 consultaient rarement (1 fois/an, 2 fois/an) à jamais leur médecin traitant alors qu'ils étaient 73,2 % (246) en MED-3 ($p = 4,35 \times 10^{-9}$). 53,8 % (168) des étudiants en MED-6 déclaraient avoir renoncé à des soins au cours des trois dernières années alors qu'ils étaient 37,0 % (126) en MED-3 ($p = 0,0002$). Parmi les causes de renoncements, il existait une augmentation significative chez les étudiants déclarant renoncer à des soins par manque de temps [79,9 % (131) en MED-6 contre 67,5 % (85) en MED-3 ; $p = 0,043$]. Intégrer les études de médecine influençait la façon de se soigner chez les étudiants ; l'impact des études médicales était de 78,3 % (242) en MED-6 contre 53,1 % (180) en MED-3 ($p = 1,72 \times 10^{-11}$) avec une augmentation significative de l'automédication et des prescriptions sans examen faites par les collègues ou les seniors au cours des stages hospitaliers. Il existait une forte pratique d'autoprescription chez les étudiants en MED-6 (20,2 % - 63).

B. Validité externe de l'étude

L'engouement pour ce type d'étude reste fort en 2015-2016 surtout parmi les étudiants du 2^e cycle des études médicales comme l'a signalé le CNOM (5). Ils étaient 31,5 % (99) en MED-6 à déclarer ne pas être en bonne santé globale selon les critères de l'OMS (physique et mentale et sociale). Selon l'étude du CNOM menée par Le Breton-Lerouillois, le deuxième cycle a été celui où les étudiants se considéraient en moins bonne santé comparé au troisième cycle ou au post-internat. En effet, 30,8 % des étudiants du deuxième cycle se sont autoévalués en état de santé moyen ou

mauvais sur le plan national. Ce taux était à 22,2 % en Nord-Pas-de-Calais / Picardie (5). La distinction en santé physique, mentale et sociale n'avait pas été réalisée.

Si la déclaration du médecin traitant restait stable dans l'étude, la fréquence des consultations était en baisse : 69,6 % (217) des MED-6 ont consulté au moins une fois leur médecin traitant contre 91,7 % (308) des MED-3. Les chiffres étaient plus élevés que ceux de l'étude du CNOM dans lequel 51 % des étudiants en deuxième cycle ont consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois (5).

La distance au cabinet du médecin traitant semblait influencer la fréquence des visites. En effet 27,0 % (84) des étudiants en MED-6 avaient leur médecin traitant à plus de 20 kilomètres du leur domicile, ce médecin traitant étant souvent le médecin de famille.

Les étudiants en MED-6 ayant une maladie chronique consultaient moins fréquemment leur médecin traitant. Cependant, ils ont tous consulté un MSNG au cours des trois dernières années. Ce comportement est souligné par Hooper *et al* qui ont interrogé des étudiants de deuxième et quatrième années d'une école de médecine à Londres en 2000. Dans cet étude, 20 % des étudiants en quatrième année initiaient la démarche diagnostique et 43 % consultaient directement un MSNG sans passer par le médecin traitant (7).

Plus de femmes avaient recours aux consultations chez les MSNG comme déjà mentionné par l'Observatoire de la Vie Etudiante (OVE) (1), expliqué par le recours aux soins gynécologiques. L'augmentation du suivi gynécologique régulier parmi les MED-6 peut se justifier par le début préconisé du suivi par frottis cervico-utérin à partir de l'âge de 25 ans et les premières grossesses. Selon l'enquête nationale d'emeVia, 45 % des étudiantes (toutes filières confondues) ont eu recours à des consultations gynécologiques en 2014 (2). En MED-6, le suivi gynécologique concernait 67,7 % (109) des étudiantes ; elles étaient probablement plus sensibilisées à la prévention par les études médicales.

En ce qui concerne le renoncement aux soins, le coût élevé des soins n'était pas plus un obstacle en MED-6 qu'en MED-3. Le fait d'avoir un parent cadre n'influçait pas sur le renoncement. Le coût élevé des soins concernait 45,1 % (74) des MED-6 qui ont renoncé aux soins, taux similaire selon l'OVE en 2013 (48 %) et la LMDE en 2014 (46 %) (1,3).

Le manque de temps concernait 79,9 % (131) des MED-6 qui ont renoncé aux soins. Ce taux était à 63 % pour tous les étudiants en médecine selon le CNOM (5), à

52 % toutes filières confondues selon la LMDE (3) et à 61 % selon Chew-Graham *et al* qui ont interrogé des étudiants en médecine de l'Université de Manchester en 2003 (8). Seul l'OVE mentionne les moyens financiers (49 %) avant le manque de temps (35 %) parmi ceux qui ont renoncé aux soins (1).

Le renoncement aux soins était plus important chez les femmes que chez les hommes comme l'avait déjà signalé l'OVE qui prévenait que la différence homme-femme avait même tendance à s'accroître (1).

Une diminution significative était observée pour les étudiants qui renonçaient par manque de disponibilité des professionnels de santé de proximité. Cette observation peut s'expliquer par la disponibilité des seniors en stage hospitalier. Dans l'étude de Hooper *et al* (7), 47 % des étudiants en quatrième année ont été examinés par des collègues contre 7 % des deuxième années. 13 % des quatrième années se faisaient faire des prescriptions par des collègues contre 2 % des deuxième années.

Les étudiants en MED-6 renonçaient aux soins malgré la proximité ressentie au système de santé (60 % - 186). Dans l'étude de 2003 de Chew-Graham *et al* (8), si la première barrière aux consultations était le manque de temps (61 %), les auteurs ont ensuite mentionné comme barrières la nature embarrassante du problème de santé (35 %) et la peur de partager des informations sur leur vie privée avec la faculté (19 %) surtout dans le cadre des problèmes psychologiques. A l'Université Lille 2, cette dernière pourrait être une raison du renoncement auprès du SIUMPPS.

L'automédication a été déclarée par 49 % des étudiants toutes filières confondues selon emeVia et 44 % selon la LMDE (2,3). En MED-6, ce taux était à 65,4 % (204) ; les études médicales pourraient bien avoir un impact sur l'automédication. Ce comportement pourrait également expliquer la diminution des consultations du médecin traitant. Une automédication féminine plus importante que l'automédication masculine décrite dans l'enquête emeVia n'est pas retrouvée chez les étudiants en MED-6.

L'autoprescription devrait être surveillée car il existerait une consommation importante d'anxiolytiques, d'antidépresseurs et de somnifères parmi les étudiants en médecine (5). Pourtant l'autodiagnostic (52%) et l'autoprescription (39%) étaient des comportements considérés comme acceptables par les étudiants en médecine londoniens (7). Devrait-on mieux encadrer cette pratique ?

Des raisons ont été suggérées pour ce comportement chez les médecins par Rogers T. (9) ; ils ne souhaiteraient pas « faire perdre du temps » à leurs collègues,

avaient des difficultés à adopter le rôle du patient, auraient plus confiance en leurs opinions que celles de leurs médecins traitants. Ce comportement peut être extrapolé aux étudiants en médecine.

C. Validité interne de l'étude

Le questionnaire était standardisé, auto-administré pour éviter une variabilité inter-enquêteur. La participation importante (74,1 % - 312) basée sur le volontariat a pu créer un biais de sélection. L'anonymat a pu créer des doublons car il n'a pas été choisi de demander d'identifiants pour accéder au questionnaire sur Google Forms®. La diminution de la participation par rapport à la première enquête peut également s'expliquer par l'absence du format papier, le manque de temps à l'approche de l'examen classant national (ECN), et la mauvaise adaptabilité du questionnaire sur écran smartphone (surtout la question sur les catégories socio-professionnelles).

La représentativité de l'échantillon a été entreprise uniquement sur la variable « sexe » car il n'a pas été possible de récupérer les autres données démographiques des étudiants de l'Université Lille 2.

69,9 % (218) des étudiants en MED-6 déclaraient avoir participé au même questionnaire quand ils étaient en MED-3. Ce taux s'expliquait soit par un biais de mémorisation (du fait d'autres sollicitations pour des enquêtes similaires) soit par la présence des redoublants. Ces derniers ont été inclus dans l'analyse statistique.

La question n°5 (Annexe 1) portant sur la mutuelle n'a pas été incluse dans l'analyse statistique. Tous les étudiants à partir de la MED-4 devenaient salariés du CHRU de Lille et étaient affiliés au régime général.

Deux questions portant sur le lieu d'habitation et la situation familiale n'ont pas pu être posées aux étudiants en raison d'une erreur informatique. Ces éléments auraient été intéressants à analyser surtout par rapport aux renoncements aux soins.

Les revenus des étudiants n'ont pas été inclus dans l'analyse statistique car l'item a porté à confusion. Tous les étudiants en MED-6 bénéficiaient d'un salaire hospitalier. La présence d'un « salaire en dehors du salaire hospitalier » aurait dû être précisée car le salaire hospitalier seul est peu contributif (277,55 € brut par mois pour un étudiant en MED-6). Est-ce suffisant pour justifier la diminution statistiquement significative de l'aide financière des parents ? Ou est-ce le choix de l'étudiant de rechercher une indépendance financière vis-à-vis des parents ? Or, 36 % des étudiants

(toutes filières confondues) déclaraient exercer une activité rémunérée en parallèle en 2014 selon l'étude LMDE (3).

Les mêmes questions de la première étude ont dû être reprises alors que l'enquête aurait pu être approfondie. Certaines questions auraient pu être plus interprétables si posées différemment. Par exemple connaître la fréquence de visite du médecin traitant ou le renoncement aux soins sur douze mois (2,3,5) aurait été plus parlant que sur « les trois dernières années. » De la même manière, donner l'âge actuel de l'étudiant aurait pu aider à plus affiner l'analyse statistique que de les regrouper dans les tranches « 20-25 ans » et « > 25 ans. » Pour éviter les confusions (fréquence de visite, situation économique), une échelle de Likert aurait pu être utilisée. De la même façon, dans l'analyse statistique, le regroupement en « rarement » et « fréquemment » pour la fréquence de visite du médecin traitant avait été défini de façon empirique par Leroy et Herlin.

D. Extrapolation

La santé des étudiants en MED-6 s'est détériorée en trois ans. Tout médecin qui est passé par l'ECN ne peut pas nier cette situation. Mais faut-il simplement le considérer comme un passage nécessaire dans la vie de tout étudiant en médecine ? Ils demandent à avoir le temps de s'occuper d'eux (Annexe 3) mais la pression du concours les en empêche. L'automédication est présente, d'autant plus qu'ils connaissent mieux les pathologies. Quelles sont les implications pour l'Université Lille 2 ?

Le rôle du SIUMPPS doit être étoffé et revalorisé. Il est actuellement installé en tant que « Centre de Santé des Etudiants » à proximité de la Faculté de Droit, situé à quatre kilomètres de la faculté de médecine. Il comprend une équipe pluridisciplinaire (secrétaires, médecins généralistes, infirmières, psychologues, assistantes sociales et agent de service). La visite médicale à l'université n'est plus obligatoire depuis 2004 mais est simplement proposée. Le « Centre de Santé » propose la visite uniquement aux étudiants en première année. Si 23,6 % (73) des étudiants en MED-6 ne connaissaient pas le rôle du SIUMPPS, il existait certainement un manque de visibilité. La médecine du travail du CHRU et des autres centres hospitaliers régionaux devraient également affirmer leur rôle dans l'accompagnement des externes en difficulté.

Plus d'information doit être mise à disposition concernant la santé mentale des étudiants par des rappels occasionnels du SIUMPPS. Le service doit garantir la confidentialité des données sur la santé mentale (10).

Le concept de « *student wellness* » ou « bien-être des étudiants » pourrait être introduit à l'université (11). Ce concept qui est en train de trouver sa place dans les entreprises en France, implique la création d'une équipe chargée d'élaborer des programmes (ateliers, cours magistraux, cours de gestion du stress, *podcasts*) autour du bien-être des étudiants. Il les inciterait à prendre du temps pour eux, à prendre conscience de leurs troubles et à agir à temps (« *student self-care* »). En plus de l'accès aux soins psychologiques déjà proposé par le SIUMPPS, ces programmes permettraient de repérer les problèmes et de briser la barrière qui empêche les étudiants de consulter.

Le concept de « *student wellness* » devrait alors être également compris par les seniors et la scolarité (10). Seritan *et al* invitent à un changement de mentalité dans la profession (11). Encourager les étudiants en médecine à chercher de l'aide est un grand changement. Ceux qui viennent chercher de l'aide pour leurs problèmes de santé devraient être admirés et respectés ; c'est une des composantes du professionnalisme.

CONCLUSION

Les étudiants en MED-6 n'ont pas le temps de prendre soins de leur santé avec la pression de l'ECN et la charge de travail en stage hospitalier. Pour la plupart, ils savent trouver des solutions parce que, justement, ils côtoient le monde médical.

Une démarche comparative portant sur d'autres populations étudiantes soumises à un taux de stress similaire tels les étudiants des Grandes Ecoles pourrait aider à mieux identifier les difficultés propres aux étudiants en médecine.

D'autres pistes pourraient être explorées dans des études prochaines (l'exploration des idées suicidaires, une analyse séparée des étudiants étrangers, l'automédication, l'autoprescription).

Que deviendront ces étudiants issus de la Faculté de médecine de l'Université Lille 2 dans trois ans ? Une suite au projet sera réalisée en troisième année d'internat avec les cent soixante-dix étudiants qui ont donné leur adresse mail.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. l'OVE, Observatoire national de la vie étudiante. La santé des étudiants: Enquête nationale Conditions de vie des étudiants 2013. Juillet 2014.
2. emeVia. La santé des étudiants en 2015. 9ème enquête nationale. emeVia. CSA. 2015.
3. LMDE. Premiers résultats de l'Enquête Nationale sur la Santé des Etudiants 2014 (ENSE4). 2015.
4. Louvel A, Fayard A, Broussouloux S. La santé : un défi pour les étudiants. Santé Homme. Janvier 2008;(393):13-44.
5. Le Breton-Lerouillois G. La Santé des Etudiants et Jeunes Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Commission Jeunes Médecins. Juin 2016.
6. Leroy E, Herlin M. Les étudiants en médecine lillois et leur santé : étude de la promotion de MED-3 à la Faculté de Médecine de Lille 2 en septembre 2012 [Thèse d'exercice : Médecine générale]. Lille 2 Droit et Santé. 2013.
7. Hooper C, Meakin R, Jones M. Where students go when they are ill: how medical students access health care. Med Educ. Juin 2005;39(6):588-93.
8. Chew-Graham CA, Rogers A, Yassin N. 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. Med Educ. 2003;37(10):873-880.
9. Rogers T. Barriers to the doctor as patient role. A cultural construct. Aust Fam Physician. Novembre 1998;27(11):1009-13.
10. Estabrook K, Christianson H. Medical Student Healthcare Barriers and Solutions: Perspectives of Students. Acad Psychiatry. 2013;37(4):283.
11. Seritan A, Hunt J, Shy A, Rea M, Worley L. The state of medical student wellness: a call for culture change. Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry. Janvier 2012;36(1).

ANNEXES

I. Annexe 1 : Questionnaire

Comment se soignent les étudiants en MED-6 ?

Bonjour à tous !

Nous, c'est Marie et Adarsh. Nous sommes internes en Médecine Générale à Lille, et nous avons besoin de vous pour réaliser notre thèse.

En effet, pour la plupart d'entre vous, vous avez déjà été sollicités il y a 3 ans, alors que vous étiez en MED-3, par deux de nos collègues concernant une thèse qui vous concernait directement, à savoir : "Comment se soignent les étudiants en médecine en second cycle".

Nous revenons vers vous aujourd'hui pour refaire le point. Vos vies ont changé en 3 ans. Vous êtes d'avantage présents à l'hôpital. Vous comprenez mieux le système de santé.

L'objectif de notre travail est de répondre, 3 ans après, aux mêmes questions : "COMMENT VOUS SOIGNEZ-VOUS, ETUDIANTS EN MEDECINE et QUELS SONT VOS RAPPORTS AUX SOINS ?".

Notre thèse fait partie d'un projet sociologique sous la direction du Professeur Jean-Marc Lefebvre. Il vise à cerner la progression de vos rapports aux soins à différentes étapes de votre cursus.

Ainsi, d'autres internes de médecine générale (peut-être l'un de vous !) vous solliciteront à nouveau après les ECN, dans 3 ans, afin de poursuivre notre travail. Ce projet sera aussi leur sujet de thèse.

Il s'agit d'un questionnaire à réponses fermées, anonyme, qui demande 5 minutes d'attention. N'hésitez pas à nous contacter aux adresses suivantes :

- thesemarieetadarsh@gmail.com (adresse des investigateurs)

- jean-marc.lefebvre@univ-lille2.fr (adresse du responsable du projet)

Merci à chacun d'entre vous ! Et bon courage à tous pour cette année universitaire !

*Obligatoire

Section 1 : Qui êtes-vous ?

1. Vous êtes ? *

Une seule réponse possible.

- une Femme
- un Homme

2. Quel est votre âge ? *

Une seule réponse possible.

- entre 20 et 25 ans
- entre 25 et 30 ans
- Autre : _____

3. Avez-vous répondu à ce questionnaire il y a 3 ans ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

4. Quel est la profession de vos parents ? conjoint(e) ? *

(veuillez cocher NC si la personne n'est pas concernée)

Une seule réponse possible par ligne.

	Agricul- teurs	Artisans – Commerçants - Chefs d'entreprises	Cadres et Professions intellec- tuelles supérieures	Professions intermé- diaires	Employés	Ouvriers	Inactifs et chômeurs n'ayant jamais travaillé	NC
Parent 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parent 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conjoint(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Quel est votre mutuelle ? *

Une seule réponse possible.

- mutuelle payée par vos parents
- mutuelle payée par vous-même
- CMU complémentaire
- vous n'en avez pas

6. Bénéficiez-vous de revenus ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Salaire : le votre
- Salaire : votre conjoint(e)
- Bourse d'étude supérieure
- Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
- Allocation versée par vos parents

7. Comment qualifiez-vous votre situation économique actuelle ? *

Plusieurs réponses possibles.

- A l'aise
- Ça va
- Juste
- Difficile
- Dettes

Section 2 : Comment vous-soignez vous ?

Maintenant que vous êtes en fin d'externat, quelle est votre relation avec le monde médical ?

8. Avez-vous déclaré un médecin traitant auprès de votre organisme de sécurité sociale ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

9. Quelle est la distance de son cabinet par rapport à votre domicile ?

Une seule réponse possible.

- < 10 km
- entre 10 et 20 km
- > 20 km

10. A quelle fréquence consultez-vous votre médecin traitant ? *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- 2 fois/an
- 1 fois/an
- 1 fois/trimestre
- 1 fois/mois

11. Quels médecins spécialistes non généralistes avez-vous consulté dans les 3 dernières années ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Ophtalmologue
- Gynécologue
- Gastro-entérologue
- Cardiologue
- Aucun
- Autre : _____

12. Si vous êtes une femme, bénéficiez-vous d'un suivi gynécologique régulier (examen + frottis) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

13. Etes-vous suivi pour une maladie chronique imposant des consultations fréquentes ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Section 3 : Vous considérez-vous en bonne santé ?

La santé, selon l’OMS, est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité. »

14. Physique ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

15. Mentale ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

16. Sociale ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Section 4 : L'accès aux soins

17. L'accès aux soins vous semble-t-il facile ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. A quels soins avez-vous déjà été contraints de renoncer ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Soins dentaires
 Biologie
 Ostéopathie
 Acupuncture
 Podologue / Pédicure
 Prise en charge psychologique
 Pharmacie (médicaments)
 Diététicien
 Addictologie

- Kinésithérapie
- Soins infirmiers
- Soins optiques
- Sophrologie
- Orthophonie
- Aucun
- Autre : _____

19. Pour quels motifs avez-vous renoncé à ces soins ?

Aucune ou plusieurs réponses possibles.

- Manque de temps
- Coût
- Distance par rapport au lieu de consultation
- Absence de structures adaptées à vos besoins à proximité
- Manque de disponibilité des professionnels de santé à proximité
- Négligence

20. Avez-vous déjà renoncé à consulter un médecin pour effectuer d'autres dépenses vous semblant plus utiles ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Section 5 : Maintenant que vous êtes en MED-6

21. Selon vous, intégrer les études de médecine a-t-il modifié votre manière de vous soigner ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

22. Dans ce cas, *

Plusieurs réponses possibles.

- Vous pratiquez l'automédication
- Vous vous faites faire des prescriptions sans examen par les médecins à l'occasion de vos stages
- Vous vous prescrivez vous-mêmes vos médicaments

- Vous consultez votre médecin plus fréquemment
- Autre : _____

23. Pensez-vous que vous bénéficiez d'une plus grande proximité avec le système de soins en tant qu'étudiant en médecine ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

24. Considérez-vous que les études médicales soient une source de stress et d'altération de la qualité de vie ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

25. Comment est-ce que l'apprentissage de la pathologie et ses facteurs de risque a-t-elle modifié vos habitudes en ce qui concerne : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Initiation	Augmentation	Diminution / Arrêt	Pas de modification
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Produits illicites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. L'apprentissage de la pathologie et ses facteurs de risque a-t-elle modifié vos habitudes en ce qui concerne votre sexualité ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

27. Si OUI, dans quel sens ces habitudes ont-elles été modifiées ?

Plusieurs réponses possibles.

- Comportement à risque
- Protection
- Test de dépistage

28. Estimez-vous que votre temps de sommeil actuel soit suffisant par rapport à vos besoins ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

29. Si NON, pourquoi ?

Plusieurs réponses possibles.

- Travail
- Stress
- Sorties

30. Avez-vous constaté une modification significative de votre poids depuis le début de vos études ? *

Une seule réponse possible.

- Prise de poids
- Pas de modification significative
- Perte de poids

31. Que faites-vous de votre temps libre ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Activités physiques et sportives
- Musique, lecture, TV
- Sorties, cinéma
- Activités associatives
- Aucune activité extra-universitaire
- Autre : _____

32. Pensez-vous qu'il existe un manque d'information concernant la santé des étudiants en médecine et leur accès aux soins ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

33. Que pensez-vous d'une visite médicale annuelle obligatoire au cours de votre cursus ? *

Une seule réponse possible.

- Sans intérêt
- Utile
- Indispensable

34. Savez-vous que chaque étudiant a accès librement au Service Inter-Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS) à Lille 2 ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Voilà, c'est presque fini !

Merci pour votre participation

35. Avez-vous d'autres commentaires à formuler ?

Où serez-vous dans 3 ans ?

Votre cohorte sera amenée à réinterrogée pendant l'internat.

36. Voulez-vous nous laisser votre adresse mail pour assurer le suivi de cohorte ?

(non obligatoire)

II. Annexe 2 : Diaporama présenté aux étudiants en amphithéâtre

Etudiant en révisions...

...et votre santé ??

Suivi de la promo MED-6 2015-2016

Vos rapports aux soins en MED-3

- Les études médicales ont un effet positif sur vos habitudes de santé (baisse du tabac, alcool, produits illicites)
- Vous vous disiez en bonne santé mais stressés par les études. Ce stress altère votre qualité de vie.
- Manque d'infos sur votre santé et les possibilités d'accès aux soins
 - ◆ 7%: pas de médecin traitant déclaré
 - ◆ Les hommes consultaient moins que les femmes

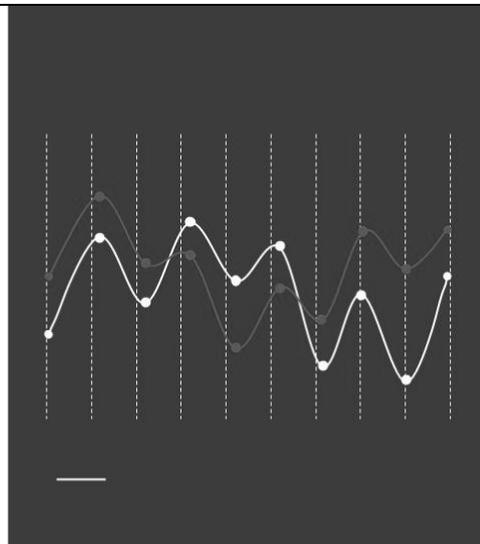


Qu'est-ce qui a changé en 3 ans ?

- Alcool: de plus en plus de buveurs excessifs
- Tabac: stabilisation (12%)
- Cannabis: de plus en plus d'initiés, de plus en plus de consommateurs réguliers
- Drogues dures: augmentation de la consommation
- Sommeil
 - ◆ 32% disent mal dormir
 - ◆ 26% prennent des médicaments pour dormir

(enquêtes sur les étudiants en 2015 selon eMevia et LMDE)

Et chez les
étudiants en
médecine ?



Recrutement

- Questionnaire en ligne
- durée: 5 à 10 min
- Anonyme!

<http://bit.ly/med6lille2>

Aidez-nous aujourd'hui !

C'est à vous que vous rendez service pour plus tard!

<http://bit.ly/med6lille2>

III. Annexe 3 : Commentaires libres (MED-6)

1. Je vis chez mes parents, donc pas de soucis financiers ; je me soigne essentiellement par des thérapies alternatives mais mes vaccins sont à jour.
2. La santé physique des étudiants ne me semble pas altérée contrairement aux versants psychiques et sociaux où il y a plus de risques, peut-être faudrait-il orienter plus les questions dans ce sens !
3. Problème de manque de visibilité et d'information sur le SIUMPPS, la plupart des étudiants ne savent pas comment y accéder, ce qu'on peut y faire etc.
4. La MED6, ça vous change...
5. Durant mes études de médecine j'ai constaté un "laisser aller" de mon médecin généraliste à mon égard : "tu sais ce qu'il faut faire, tu sais te débrouiller", notamment dans le choix de recours à des spécialistes. Et j'ai aussi constaté la difficulté que les patients peuvent avoir pour comprendre correctement leur pathologie quand ils souhaitent en avoir : « vous avez tels symptômes, prenez tel traitement » pas assez d'explications entre ces 2 étapes.
6. Les études de médecine sont source de beaucoup de soucis, d'interrogations chez les étudiants dont je fais partie, le système de plus en plus exigeant notamment administratif, médico-légal, a-t-on vraiment goût à pratiquer dans ce contexte ? L'ECN, les conneries qu'ils nous font ingurgiter pour nous classer : source de stress et totalement non pédagogique car inutile dans la globalité sauf si spécialité choisie, j'ai toujours voulu faire chirurgie car intéressé par le travail technique manuel, le résultat post-intervention etc. Bref l'aurai-je à l'internat ? sinon serai-je un bon med gé ou autre ? qui sait ? personne ? moi non plus. Est-ce la déprime, le dégoût d'un système, suis-je le seul ?
7. Excellent questionnaire, merci ! Eventuellement une recherche sur le taux de non-inscription à la CPAM (sur ratés du changement de statut RSSE / Régime général) pourrait être intéressant ...

AUTEUR : Nom : Nathoo

Prénom : Adarsh

Date de Soutenance : 20 Octobre 2016

Titre de la Thèse : Evolution de l'état de santé des étudiants en médecine de l'Université Lille 2 entre MED-3 et MED-6. Etude de l'accès aux soins et de l'impact des études médicales sur la manière de se soigner.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Thèse d'exercice

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : étudiant médecine, accessibilité des services de santé, santé, enseignement spécialisé en médecine, promotion de la santé

Contexte : L'état de santé et le rapport aux soins des étudiants en médecine évolue avec les années d'études et les stages hospitaliers. En 2012-2013, Leroy et Herlin ont analysé le comportement des étudiants en MED-3 de l'Université Lille 2. Cette nouvelle étude consistait à interroger la même cohorte devenue MED-6 et à connaître l'évolution de leur rapport aux soins.

Méthode : L'étude concernait les 421 étudiants en MED-6 de Lille 2 (Faculté H. Warembourg), interrogés entre novembre 2015 et avril 2016 par un questionnaire anonyme, auto-administré en ligne sur Google Forms®.

Résultats : 74% (312) étudiants ont participé à l'étude. Les étudiants déclarant être en bonne santé physique, mentale et sociale ont diminué de 84% (286) en MED-3 à 69% (213) en MED-6 ($p = 3,7 \times 10^{-6}$). L'impression de mauvaise santé mentale a augmenté de 8% (27) à 22% (67) ($p = 4,5 \times 10^{-7}$). Celle de mauvaise santé sociale a progressé de 3,8% (13) à 9,0% (28) ($p = 0,0068$). 91% (284) des MED-6 contre 73% (246) des MED-3 consultaient rarement (0 à 2 fois/an) leur médecin traitant ($p = 4,4 \times 10^{-9}$). Pour les spécialistes non généralistes, les consultations de gynécologie étaient en hausse de 52% (99) des étudiantes à 68% (109) ($p = 0,0044$). 54% (168) des MED-6 déclaraient avoir renoncé à des soins au cours des trois dernières années contre 37% (126) en MED-3 ($p = 0,002$). L'augmentation des renoncements était significative dans les soins dentaires ($p = 0,027$), l'ostéopathie ($p = 0,011$), les soins optiques ($p = 0,007$) et la sophrologie ($p = 0,016$). Le manque de temps était la première cause de renoncement (de 68% (85) en MED-3 à 80% (131) en MED-6 ; $p = 0,043$). Le manque de disponibilité des professionnels de santé de proximité était moins un problème [25% (32) en MED-3 contre 12% (20) en MED-6 ; $p = 0,0027$]. Les études médicales influençaient davantage la manière de se soigner en MED-6 (78% - 242) qu'en MED-3 (53% - 180) ($p = 1,7 \times 10^{-11}$). L'automédication augmentait de 31% (106) en MED-3 à 65% (204) en MED-6 ($p = 1,8 \times 10^{-21}$). Les prescriptions sans examen faites par leurs collègues ou seniors au cours des stages hospitaliers passaient de 0,6% (2) à 27% (84) ($p = 8,2 \times 10^{-33}$). Il existait une forte pratique d'autoprescription chez les étudiants en MED-6 (20% - 63).

Conclusion : La détérioration de l'état de santé en fin de deuxième cycle et le manque de temps ressenti par les étudiants appellent à une remise en question. Les rôles de la faculté et de la médecine du travail demandent à être mieux définis et étoffés.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Dominique LACROIX

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Madame le Docteur Brigitte LEROY-MARTIN